

**MINISTARSTVO ZDRAVLJA I SOCIJALNE ZAŠTITE
REPUBLIKE SRPSKE**

**Z A H T J E V
ZA UPIS U REGISTAR ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

Predmet zahtjeva		
Vrsta zdravstvene ustanove		
Naziv i sjedište zdravstvene ustanove		
Ime i prezime direktora		
Broj telefona		
Broj faksa		
Internet adresa ZU		
Rješenje o ispunjenosti uslova za početak rada ZU	broj: _____ datum: _____	
Rješenje o registraciji od nadležnog suda	broj: _____ datum: _____	
Ime i prezime zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika:		
Radno vrijeme ZU:		
Prilozi		
<ul style="list-style-type: none">• Kopija rješenja o ispunjenosti uslova za početak rada ZU• Ovjerena kopija rješenja o registraciji od nadležnog suda• Obrazac PD 3100 za zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike		

M.P. ZU

potpis i faksimil direktora